

<問診票>

こもればクリニック

生年月日) 年 月 日 ( 歳) ご本人の氏名)

記入日) 年 月 日 記入者の氏名・続柄)

① ご本人の状態について

1) ご相談なされたい内容はどのようなことですか。

2) それは、いつ、どのように始まりましたか。その後の様子も含めてお書きください。

3) そのことを医療機関に相談したことがある場合、差支えない範囲で教えてください。

医療機関名	通院期間	通わなくなった理由 (あれば結構です)

4) 今回の受診を、ご本人にどのように説明しましたか。

5) 睡眠について。

平均時間	時間 分
就寝時間～起床時間	時 分～ 時 分
寝つき	良い 悪い (悪い場合) 分
夜中に起きる	起きない 起きる (回数 )
備考・その他	

6) 食事・おやつについて。

こもればクリニック

朝食（時間・量）	時、（平均的な量： 少 普通 多 ）
昼食（時間・量）	時、（平均的な量： 少 普通 多 ）
夕食（時間・量）	時、（平均的な量： 少 普通 多 ）
おやつ（時間・量）	時、（平均的な量： 少 普通 多 ）
嫌い・食べられない物	
好き・よく食べる物	

7) 体質について。

アレルギー	なし あり（ ）
初潮	なし いつ（ ）
体の不調やクセなど	頭痛 腹痛 下痢 便秘 嘔気 嘔吐 夜尿 夜泣き 夜驚 けいれん 頻尿 発熱 緊張 指しゃぶり 偏食 食欲不振 その他（ ）

8) 今までに、大きな病気や怪我や手術があれば、時期も含めてお書きください。

9) 現在、飲んでいる薬はありますか。ある場合、詳しくご記入ください。

薬の名前	
量	
用法（例：朝・夕食後など）	
いつから	

10) 身辺自立について、当てはまる項目に○をしてください。

食事	自立（道具： ） 一部介助 全介助
着替え	自立 一部介助（ ） 全介助
幼稚園・学校の支度	自立 一部介助（ ） 全介助
排泄（小）	自立 一部介助（ ） 全介助
排泄（大）	自立 一部介助（ ） 全介助

11) 運動について、当てはまる項目に○をしてください。

こもれびクリニック

手先の動き	器用	年齢相応	不器用
	小さい物をつまめる 積み木を上積める ブロック遊びができる はさみが使える 折り紙が折れる ビーズを紐に通せる ボタンがはめられる フォーク・スプーンが使える 箸が使える クレヨンや鉛筆で殴り書きをする クレヨンや鉛筆で絵や文字を書く		
体の動き	器用	年齢相応	不器用
	左右の足を交互に階段を昇降できる 走れる ジャンプできる スキップできる 縄とびが跳べる 逆上がりができる よく転ぶ		
備考・その他			

12) 学習について、当てはまる項目があれば○をしてください。

全般的に学習は	得意	一部不得意	苦手
好き・得意な科目 (科目、理由)			
嫌い・苦手な科目 (科目、理由)			
文字を読むこと	問題あり ( )		問題なし
文字を書くこと	問題あり ( )		問題なし
計算	問題あり ( )		問題なし
備考・その他			

13) ご本人はどのような性格ですか。幼児期、小学校時代、中学校時代と、変化があればそれもご記入ください。

14) ご本人の良いところ、可愛らしいところはどんなところですか。

2) 発達について

こもれびクリニック

\*重要項目ですので省略せず、母子手帳などで確認しながら書いてください。不明欄は？を書いてください。

1) 妊娠前～妊娠中について

人工授精	あり	なし
妊娠中の異常	あり ( )	なし
妊娠中の嗜好	タバコ ( 本/日 )	アルコール ( ml /日 )
備考・その他		

2) 出生時について

在胎週数	週	出生時黄疸	あり	なし
出生時体重	g	新生児仮死	あり	なし
出生時身長	cm	保育器使用	あり ( 月まで)	なし
栄養	母乳 ( 月まで)、人工乳 ( 月まで)			
主な養育者				

2) 運動発達について

首座り	月	つかまり立ち	月
寝返り	月	一人歩き	月
お座り	月	走る	月
ハイハイ	月	階段上り下り(交互)	月

4) 言語・精神発達について

あやすと笑う	月	指さし	月
人見知りをする	月	単語を話す(始語)	月 ( )
人の顔を見て喃語を言う	月	二語文を話す	月

5) 感覚について、当てはまる項目があれば○をしてください。

項目	あれば○	何歳ごろ、どのように
音に敏感(例:特定の音を嫌がる、音感が良い)		
大きな音にも鈍感である		
匂いに敏感		
視覚が敏感(例:光を眩しがる、特定の模様)		
触覚が敏感(服の素材、触りたがらないものがある、触るのが好きなものがある など)		
備考・その他		

6) 行動について、あてはまる項目があれば○をしてください。

こもればクリニック

項目	あれば○	何歳ごろ
その場でクルクル回る・ピョンピョン跳ねる		
つま先立ち歩き		
体を前後や左右に揺らす		
回る物をじっと見つめる		
夜泣きがひどい		
チック（瞬き、肩すくめ、声を出すなど）		
忘れ物や、なくし物が多い		
よく動き、落ち着きがない		

7) 情緒面について、あてはまる項目があれば○をしてください。

項目	あれば○	何歳ごろ
活発である		
おとなしい		
緊張しやすい		
初めての場面や人が苦手		
こだわり（道順、数字、マーク、儀式など）		
かんしゃくを起しやすい		

8) 保育園、幼稚園、学校などについてご記入ください。

保育園	名称)	登園渋り	困りごと等
	加配) あり なし	あり なし	
幼稚園	名称)	集団行動	困りごと等
	加配) あり なし	あり なし	
小学校	名称)	成績	困りごと等
	特別支援) 通級 学級 学校	上 中 下	
中学校	名称)	成績	困りごと等
	特別支援) 通級 学級 学校	上 中 下	
高等学校	名称)	成績	困りごと等
	特別支援 定時制 通信制	上 中 下	
大学・ 専門学校	名称)	成績	困りごと等
	定時制 通信制 短大 専門学校	上 中 下	

③ご家族のこと

こもればクリニック

1) 祖父母、両親、きょうだいをご記入ください。氏名は同居家族のみでも結構です。

続柄	氏名	年齢（生まれた年）	同居・別居	職業、学校（学年）

2) ご家族・ご親戚の中に病気の方がいらっしゃればご記入ください（精神的不調を含む）。  
病名や時期なども、分かる範囲でお願いします。

3) ご家族内で、これまでに何か大きな出来事や変化はありましたか（例えば、離婚、別居、  
単身赴任、転居、就職、転職、失業、病気療養、長期の海外渡航など）。ある場合は、  
時期と出来事をご記入ください。

\*質問は以上です。ご協力ありがとうございました。尚、ご記入いただいた内容はカルテに保存させてい  
ただき個人情報の秘密を守ります。診療以外の目的（研究など）に使用する場合は、改めて許可を得ます。  
その場合、拒否することも可能です。

こもればクリニック